

Edgar & Cyprien

MÉDECINE

(COMMUNICATIONS)

Maurice Faure

Imprimerie MENDONÇA — Congrès.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weIMOmec
Coll.	pam
No.	wB 535
	1906
	F269



22501241947

XV CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(LISBONNE—AVRIL 1906)

MÉDECINE

Communications

(RÉSUMÉS ET CONCLUSIONS)

29. — **Maurice Faure** (de La Malon): *Que peut-on raisonnablement attendre d'un traitement par des exercices methodiques, dans l'ataxie, l'hémiplegie, les paraplégies, tics, crampes, tremblements? — Comment pratiquer ce traitement?*

§ I.— *Traitement de l'ataxie.*

A — Pour corriger l'incoordination des membres supérieurs et inférieurs (écriture, préhension, marche), on emploiera les exercices indiqués par Frenkel (1890-1900). Les résultats en ont été expérimentés et acceptés partout.

En prenant comme base les exercices de Frenkel et en les développant, voici les chiffres que nous avons enregistrés (*Statistiques 1896, Service du prof. Raymond [Salpêtrière] — Statistique 1902, Institut de La Malou*): 25 % des tabétiques abandonnent le traitement, qui est généralement long, soit parce qu'ils sont placés dans des conditions matérielles qui ne leur permettent pas d'en accepter les obligations, — soit parce qu'ils sont trop grièvement atteints pour pouvoir réagir, — soit simplement parce qu'ils n'ont pas assez d'énergie. — 75 % acceptent la thérapeutique et exécutent des prescriptions longues et compliquées. — Mais, parmi eux, 42 % ne peuvent, pour les mêmes raisons que ci-dessus, suivre les prescriptions que d'une façon imparfaite et pendant un temps trop court. — Donc, 33 % seulement peuvent recevoir un traitement complet.

On voit donc, dès l'abord, que la principale difficulté des traitements par des exercices compensatoires réside dans les obstacles que les conditions mêmes de la vie des malades ne manquent pas de susciter. L'intelligence et l'application du patient, — son *modus vivendi*, — le temps et les soins accordés à la cure sont les principaux facteurs du succès: mais ces facteurs restent d'un effet nul, lorsque l'instruction technique du médecin est insuffisante.

Les ataxiques qui reçoivent le traitement peuvent compter, dans tous les cas, sur une amélioration plus ou moins grande; — mais, dans les 2/3 des cas cette amélioration n'aboutira pas à la

disparition *complète* de l'incoordination. Par contre, dans 1/2 des cas, l'ataxique peut espérer une restauration intégrale des mouvements des jambes et des bras. Ce sont, naturellement, les sujets ayant le moins de troubles de la sensibilité profonde,—ayant les incoordinations les mieux circonscrites aux membres inférieurs et supérieurs,—qui ont le plus de chances d'aboutir à ce remarquable résultat.—Nous avons donné ces chiffres avec quelques détails, parce qu'ils nous serviront de point de repère pour les catégories suivantes.

B) Pour le traitement de l'*incoordination du tronc*, on emploiera les exercices réglés par nous, en collaboration avec Consensoux et Reymond (1899-1903). Ils trouvent leur application dans la technique de la station debout et assise et, dans beaucoup de cas, sont nécessaires pour l'apprentissage de la marche. Ils permettent la suppression de tout appareil prothétique destiné à empêcher ou à corriger les déviations de la colonne vertébrale, et l'insécurité de l'équilibre debout.

L'incoordination du tronc est plus difficile à corriger que l'incoordination des membres. Les exercices sont plus difficiles à faire comprendre et à faire exécuter et il y faut une persévérance plus grande. Là surtout, les troubles de la sensibilité profonde aggraveront le pronostic. Le nombre des restaurations intégrales sera moins élevé;—par contre, le nombre des malades qui abandonnent le traitement en cours est plus grande, parce que la fatigue résultant des exercices du tronc est plus sensible.

C) Pour corriger les *troubles moteurs des fonctions de la vie organique* (respiration, miction, défécation) on emploiera les exercices que nous avons réglés intégralement, et dont il n'avait été fait mention par aucun autre auteur (1901 à 1905). Ces exercices sont basés sur le fait que la respiration, la miction, la défécation, sont éduquées dans l'enfance par l'influence de la volonté sur les muscles striés du thorax, des parois abdominales, du plancher périnéal et du diaphragme. Aussi, chez l'adulte, la miction et la défécation sont devenues des fonctions volontaires, et non plus automatiques, comme aux premiers jours de la vie;—la respiration peut être très aisément modifiée par des exercices musculaires ad hoc, etc. *Ce qu'une éducation a fait, une ré-éducation peut le re-faire.*

Les résultats de cette technique sont statistiquement moins beaux que ceux des deux catégories précédentes. Le nombre des améliorations est inférieur (dans A & B, tous les malades qui suivaient le traitement étaient plus ou moins améliorés). Il y a des échecs (surtout dans le traitement de l'incontinence des urines). Enfin, la restauration intégrale est rare, mais possible cependant. Cela s'explique parce que les exercices qui modifient, ou même suppriment complètement l'incoordination des muscles striés du thorax & de l'abdomen, laissent subsister l'atonie des muscles lisses des petites bronches, de l'intestin, de la vessie.

Mais si les résultats statistiques sont moins brillants, les résultats utiles, dans la catégorie C., sont supérieurs à ceux des catégories A & B. Cela tient à ce que l'incoordination des membres et de la colonne vertébrale prive le malade de ses fonctions sociales, mais ne compromet pas ses fonctions vitales. Il peut cesser de mouvoir les membres (même avoir des troubles de l'équilibre du tronc), et se bien porter et vivre longtemps. — Au contraire, les troubles des mouvements respiratoires et l'insuffisance de l'oxygénation; — l'impossibilité de vider la vessie et l'emploi répété du cathétérisme; — la difficulté de la défécation et la stase stercorale ont pour effets rapides les infections de l'arbre broncho-pulmonaire, de la vessie, ou de l'intestin, qui compromettent la santé et la vie. Joignons à cela les risques résultant de l'incoordination de la glotte (crises laryngées), mis en évidence à chaque accès de toux. — En faisant disparaître ces dangers, les exercices de la catégorie C ont donc une portée remarquable, même avec des résultats incomplets. C'est pourquoi il faut toujours s'adresser à eux (même lorsque les troubles sont minimes), en expliquant leur importance exceptionnelle au malade, qui doit savoir qu'en pareil cas, de petits résultats correspondent à de grands bénéfices, car de petits accidents font courir de grands dangers.

Les techniques d'exercices méthodiques que nous venons d'indiquer procèdent toutes de l'idée directrice donnée par Frenkel & Hirschberg, dans leurs travaux de 1890 à 1900. — Il n'en est plus de même des techniques dont nous allons parler maintenant, qui ont des points de départ & des procédés opératoires très différents et visent des cas auxquels la méthode de Frenkel ne s'applique pas.

§ II. — Traitement des paraplegies.

A — *Paraplegies flasques*. — L'exercice méthodique sera composé de: (a) *Mobilisation passive* ayant pour objet de maintenir la liberté des articulations, l'élasticité des muscles, — de prévenir la contracture, la rétraction & les attitudes vicieuses. (b) *Massage*, pour maintenir la nutrition musculaire et s'opposer à l'atrophie. En outre, il y aura lieu, dans certains cas, de faire appel à l'électricité, — dans d'autres cas, à la Rééducation des mouvements élémentaires, pour tenter de rétablir la motricité volontaire. Suivant l'origine & l'évolution de la paraplégie, les indications thérapeutiques varient, ainsi que les résultats. Les paraplégies liées à des névrites périphériques, même à des poliomyélites légères, peuvent guérir complètement ou à peu près, en ne laissant que quelques reliquats d'atrophie ou de parésie musculaire bien localisée, permettant la reconstitution de tous les mouvements au moyen de suppléances musculaires. Mais, dans beaucoup d'autres cas, les résultats sont médiocres et la paraplégie reste incomplète.

B — *Paraplégies spasmodiques*: Quelle qu'en soit l'origine, il faut exécuter la mobilisation passive, non plus légèrement et à titre préventif pour ainsi dire, mais systématiquement & longtemps, jusqu'à résolution de la contracture, hormis dans les cas où le

mouvement, bien qu'exécuté avec toute la prudence & le doigté nécessaires, réveille ou exagère la contracture.

La mobilisation complète étant achevée & la contracture disparue (ou du moins très réduite), il y a lieu de procéder à une Rééducation méthodique, d'abord des mouvements élémentaires, ensuite des mouvements plus complexes de la marche, de la station, de la course, etc. — Lorsque le traitement est assez long & minutieux, il est possible de revenir à la restauration intégrale (paraplégie spasmodique par irritation spinale — par lésions extramédullaires — par lésion médullaire cérébrale). — Dans d'autres cas, on obtient des résultats toujours appréciables mais variés, comme les causes & l'évolution des paraplégies elles-mêmes.

C — *Cas mixtes*. — Une paraplégie, d'abord flasque, est ensuite devenue partiellement spasmodique. — C'est encore la mobilisation passive prolongée qui sera le premier stade du traitement. — Le massage, l'électricité, les mouvements volontaires s'y ajouteront plus tard, avec des localisations variées, comme les troubles eux-mêmes. — Lorsqu'on a laissé se produire de grosses déformations avant de commencer le traitement (attitudes vicieuses), les résultats partiels de celui-ci sont compromis. D'où l'indication de commencer aussi près que possible du début, pour toutes les affections paralytiques, — alors qu'au contraire, pour les ataxies, il est souvent plus facile de réparer de grands troubles moteurs complètement installés que de s'opposer aux progrès d'une incoordination naissante & progressive.

On ne peut donner, pour cette catégorie, de résultats statistiques car ceux-ci auraient peu de signification, à cause de la variété des origines et des symptômes des paraplégies. — Nous ne connaissons pas, dans la littérature médicale, de résultats analogues à ceux que nous avons signalés dans le traitement de ces affections, dont la technique mécanique nous paraît avoir été toute entière réglée par nous.

§ III. — *Hémiplégies*.

C'est surtout dans l'hémiplégie franche ordinaire que la thérapeutique doit être précoce. Aussi tôt après l'ictus, il ne faut pas craindre de mobiliser, de masser, afin de s'opposer à l'arthrite précoce de l'épaule, aux douleurs, aux atrophies, qui surviennent en quelques jours. Une mobilisation bien faite évitera la plupart des contractures, toutes les attitudes vicieuses, et favorisera le retour partiel des mouvements volontaires, qu'il faudra demander à une éducation méthodique, dès que le cerveau sera en état de supporter la fatigue de l'attention, de l'effort, qu'exigent cette instruction (procéder avec lenteur, réserve, précaution).

De même qu'il y a plus d'homogénéité dans les causes de l'hémiplégie que dans les causes si multiples des paraplégies, il y a aussi plus d'homogénéité dans les résultats. On peut espérer des succès plus ou moins considérables, toutes les fois qu'on aura mobilisé de bonne heure. Mais, lorsque le traitement n'est commencé qu'après l'organisation des arthrites, contractures, atrophies, atti-

tudes vicieuses, etc., il faut compter sur peu de résultats. Cependant, on obtient toujours quelque chose, — mais avec beaucoup de temps. Dans tous les cas, d'ailleurs, le retour des mouvements volontaires est lent, partiel, incomplet, surtout dans le membre supérieur, qui reste presque toujours plus ou moins impotent.

L'emploi, puis la réglementation des exercices méthodiques dans le traitement des hémiplegies, a été l'oeuvre de plusieurs médecins (En France, Dujardin-Beaumetz & Gilles de la Tourette, surtout).

§ IV — *Les tics, crampes, tremblements* sont justiciables de la discipline psycho-motrice réglés par Brissaud, Meige & Feindel. Ici, ce n'est plus le mouvement qu'il faut apprendre, mais l'immobilité. On s'adresse donc à l'influence inhibitrice des centres psychiques sur les centres de l'automatisme. Les résultats sont toujours appréciables, quelquefois très brillants. Malheureusement, l'instabilité mentale de beaucoup de sujets atteints de ces infirmités amène des rechutes ou des suppléances: un tic peut remplacer un autre tic (Voyez, pour tous les développements, le livre de Meige: «les Tics & leur traitement» — Masson, Edit. Paris).

§ V — *Les paralysies fonctionnelles.*

L'exercice a pour but, en ce cas, de montrer au malade que le mouvement lui est possible et que la paralysie n'existe pas nécessairement: c'est un moyen de suggestion, ou mieux de persuasion. La technique ne doit pas être comparée ici à celles, infiniment plus rigoureuses, qui sont nécessaires pour opérer chez les ataxiques, paraplégiques, hémiplegiques. Avec un malade atteint de troubles purement fonctionnels (hystérique, neurasthénique) l'autorité du médecin, la confiance que lui témoigne le patient, font la plus large part du succès. — Avec un malade atteint de troubles organiques, au contraire, c'est la valeur de la méthode, la compétence technique du médecin (et non son autorité), la patience & l'application du sujet (et non sa confiance), qui sont tout. Aussi les résultats, souvent brillants, presque instantanés parfois, obtenus dans les paralysies fonctionnelles, sont-ils très infidèles. Mais comme aucune compétence technique n'est nécessaire pour les obtenir, tous les médecins peuvent se faire une expérience personnelle en cette matière.

§ VI — *Maladie de Parkinson — Scleroses diverses.*

Ces cas sont encore à l'étude, mais ne semblent pas, jusqu'ici du moins, donner de beaux résultats.

§ VII — *Paralysies de l'enfance.*

Ces cas sont aussi à l'étude et des résultats importants nous semblent pouvoir être espérés.

§ VIII — *Comment pratiquer ces traitements?*

Les exercices doivent être journaliers, quelquefois même répétés plusieurs fois par jour. Une cure comprendra une période d'exercices de quelques semaines à mois, sous la surveillance immédiate du médecin technicien. Lorsque le malade semble capable de répéter seul ses exercices et a déjà obtenu des résultats

appréciables, il n'y a pas d'inconvénient à le laisser s'éloigner de cette surveillance. Il faut remarquer, en effet, qu'après quelque mois, la patience du malade, et même l'attention du médecin, s'émeussent. — Les cures seront répétées 2 ou 3 fois par an. Nous nous sommes mieux trouvé des cures répétées que des longues périodes de 7,8 mois (voire un an ou deux), de soins continus. — Parmi les ataxiques, il en est qui savent même progresser en continuant seuls leurs exercices. — Toutefois, pour ce qui concerne les mouvements passifs (des paraplégiques & des hémiplegiques, par exemple), la présence constante d'un auxiliaire habile et bien entraîné est indispensable, jusqu'à la fin du traitement. — Celui-ci peut durer, suivant les cas, quelques mois un an ou deux. — Mais, pour fixer la technique, en expérimenter la valeur, en prévoir les résultats et mettre le malade à même de bien observer les prescriptions, — une première cure de un à trois mois est toujours suffisante.

§ IX — *Les résultats sont-ils durables?*

Ceux que l'onob tient dans le traitement des ataxiques peuvent être considérés comme définitivement acquis & indéfiniment progressifs, sous réserve de rechutes ou progrès de la maladie, qu'une hygiène et une thérapeutique soigneuses peuvent presque toujours éviter. — Dans le traitement des hémiplegies, où les résultats sont moins satisfaisants, il y a souvent des alternatives ultérieures d'amélioration & d'aggravation, qui empêchent de considérer le succès comme complet ou progressif. — Dans le traitement des paraplégies & de toutes les autres affections, l'expérience n'est pas encore suffisante, et la variété des cas cliniques est trop grande, pour qu'on puisse se prononcer définitivement.



